Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1⅓ „	4 „	6 „

Kraków, 16 czerwca 1883. № 24. Rok XXII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego (pneumonia crouposa) w zapalenie międzymiąższowe (pneumonia interstitialis).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński

Asystent téjże kliniki.

(Według wykładu mianego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 maja 1883).

Gdy inne zejścia zapalenia płuc włóknikowego, jak zejście w ropień, zgorzel są ze stanowiska klinicznego zupełnie uznawane, przeobrażenie się w zapalenie międzymiąższowe (*Pneumonia interstitialis*) pozostało do dziś dnia kwestyją sporną. Sprawie téj chcę poświęcić słów kilka.

Ze stanowiska anatomicznego jak również klinicznego sprawa ta niełatwa do rozstrzygnięcia wywołała niezgodność zdań, która od czasów Laënneca trwa aż do téj chwili. Z początku ogólnie przyznawano możebność przejścia zapalenia ostrego w zapalenie włókniste, później zaprzeczano téj możebności, dziś rozmaicie zapatrują się na to autorowie stósownie do osobistego przekonania. Dość przejrzeć nowsze podręczniki lub dzieła tak anatomii patologicznéj jak kliniczne, aby znaleść w jednych tylko krótką wzmiankę, albo zdania wprost przeciwne lub przejście nad kwestyją tą do porządku dziennego przez zupełne pominięcie milczeniem. A jednak sprawa to ciekawa dla anatoma, ważna dla klinicysty tak pod względem rokowania jak leczenia.

Przykład to najlepiéj wykaże. Chory przebywa bez obserwacyi lekarskiéj typowe zapalenie płuc włóknikowe, zajmujące płat górny, badany w kilka miesięcy potém przedstawia przypady zagęszczenia szczytu jednego płuca. Inaczéj na zmianę tę będzie się zapatrywał lekarz, który jest przekonany, że zapalenie płuc włóknikowe może pociągnąć za sobą zapalenie przewlekłe, aniżeli lekarz z obozu przeciwnego, który będzie upatrywał w tym razie już zmianę swoistą.

W czémże leży trudność stanowczego orzeczenia o właściwéj przyrodzie sprawy chorobowéj? Zdaniem mojém w trzech kierunkach przyczyn szukać należy: Anatom patologiczny znajdując na stole sekcyjnym płuca z obrazem odpowiadającym zapaleniu włóknistemu mówi, co znalazł, trudno mu jednak, w obec rozlicznych spraw mogących podobny skutek wywołać, stanowczo orzec, która z nich zadziałała, odwołuje się więc w tym względzie do całości obrazu chorobowego, odwołuje się do klinicysty. Klinicysta niełatwe ma przed sobą zadanie. Gdyby znał chorego nie tylko podczas saméj sprawy ostréj, lecz znał dokładnie jego fizyczny stan płuc przed zapaleniem włóknikowém i miał sposobność obserwować go przez cały dalszy ciąg życia aż do stołu sekcyjnego, mógłby odpowiedzieć stanowczo na zadane sobie pytanie. Przypadki takie są rzadkością; w tém szczęśliwém położeniu mogą znajdować się chyba lekarze w zakładach dla nieuleczonych, w tém położeniu znajduje się Charcot, którego też zdanie w téj kwestyi, o którém wspomnę niżéj, na szali zaważyć powinno. Trzecią przyczyną ta okoliczność, że patologija doświadczalna w tym kierunku wypowiada swoje posłuszeństwo, nie zdołała bowiem wywołać właściwego zapalenia płuc włóknikowego, a więc i co do jego następstw objaśnień dać nie może.

Trudności te mogą jednak powstrzymywać od kuszenia się o rozwiązywanie téj kwestyi tém bardziéj, że każdemu lekarzowi praktykującemu zdarzają się przypadki zapalenia płuc włóknikowego, gdzie dla wytłumaczenia sobie przebiegu musi przypuścić obok zejścia w rozdzielenie się, ropień, zgorzel także i zejście w formę chroniczną nie mogąc sobie może zdać dokładnie sprawy, jaki proces i w któréj części miąższu płucnego się toczy.

Te myśli nasunęła nam obserwacyja kilku przypadków zapalenia płuc włóknikowego z przebiegiem więcéj chronicznym w klinice prof. Dra Korczyńskiego, przypadków, które dały powód do przedstawienia téj sprawy na dzisiejszém posiedzeniu.

Przypadek I. Regina F., l. 55, dotychczas nie chorowała; na 1½ tyg. przed przybyciem do kliniki wystąpił dreszcz, gorączka i kłucie w prawéj stronie klatki piersiowéj. Przy przyjęciu przedstawia osłabienie znaczniejszego stopnia, stan już bezgorączkowy, objawy rozedmy płucnéj a obok tego stłumienie po stronie prawéj, które z przodu sięgało od obojczyka do 3 żebra, z tyłu od grzebienia łopatki do połowy łopatki, w miejscach tych wdech szorstko-pęcherzykowy, wydech słyszalny i dość liczne rzężenia resolucyjne. Wśród siedemnastodniowéj obserwacyi klinicznéj rzężenia zupełnie ustępują, odgłos stłumiony jawnieje z wyjątkiem miejsca między brzegiem wewnętrznym łopatki a kręgosłupem, z którąto zmianą chora klinikę opuszcza z znacznie polepszoném odżywieniem. W dwa tygodnie późniéj badana, a więc w sześć tygodni od początku choroby, przedstawia to samo stłumienie, wygląda dobrze, oddaje się ciężkiéj pracy.

Uwag nad przypadkiem tym nie czynię, przytoczę bowiem poprzednio historyję podobnego przypadku, który prawie od początku choroby przez dłuższy przeciąg czasu można było obserwować.

Przypadek II. Edward D. l. 55. Chory z wyjątkiem dwukrotnego zapalenia płuc (jak sądzić można z wywiadów) włóknikowego po stronie prawéj nie podlegał innym chorobom. Na pięć dni przed przybyciem do kliniki wystąpił silny dreszcz, gorączka i kłócie w boku prawym. Badany w d. 26 stycznia rb. przedstawiał stan następujący: c. 40·8 t. 96. Na wardze wybitne opryszczki (*herpes*). Klatka piersiowa dobrze zbudowana, po stronie prawéj w górze lekko zapadła i mniéj poruszalna niż po lewéj; w têm miejscu stłumienie z przodu sięga od szczytu aż do 3 żebra poniżéj 5go do z mniejszém natężeniem, z tyłu od szczytu aż do dolnego kąta łopatki. Tak z przodu jak i z tyłu wdech i wydech oskrzelowy, skąpe rzężenia dźwięczne; w linii pachowéj wyraźne tarcie opłucnowe. Plwociny lepkie i rdzawe. Rozpoznanie: *Pleuropneumonia crouposa dextra.* Około 10 dnia choroby nastąpiło powolne przełamanie się stanu gorączkowego, wypocina opłucnowa, która począwszy od 6 dnia choroby zaczęła się wytwarzać, ustąpiła po 2 tygodniach zupełnie. — Objawy rozdzielania nacieku następowały jednak bardzo powoli, odgłos wprawdzie jawniał zwłaszcza od dołu, w końcu 5 tygodnia ustąpiły rzężenia, w końcu 6 tygodnia pozostało jeszcze stłumienie w każdym razie słabsze niż z początku, sięgające z przodu do 3 żebra z tyłu poniżéj grzebienia łopatki obok prawidłowych zresztą w tych miejscach objawów przysłuchowych, nadto można było stwierdzić pod koniec obserwacyi powolne powiększanie się zapadnięcia się klatki piersiowéj po stronie prawéj w górnéj części od przodu. Chory po 6-tygodniowym pobycie opuścił klinikę zdolny do ciężkiéj pracy z przybytkiem 3 klgrm. na wadze. W 3 tygodnie po wyjściu badany, a więc w 9 tygodni od początku choroby, przedstawiał stan fizyczny płuc ten sam.

Mieliśmy więc przed sobą dwa przypadki z typowém zapaleniem płuc włóknikowém, obydwa u indywiduów starszych, u których rozdzielanie się nacieku po przełamaniu się stanu gorączkowego postępowało zwolna pozostawiając po sobie zmiany, które nie uwidoczniały się objawami przysłuchowemi lecz tylko wypukowemi, a w przypadku 2gim zapadnięciem się klatki piersiowéj nad miejscem dotkniętém sprawą zapalną. Te właśnie okoliczności nie pozwalają tych dwóch przypadków zaliczyć do przypadków tylko z późném rozdzielaniem, lecz każą się domyślać jakiejś sprawy głębszéj, toczącéj się nie w pęcherzykach płucnych, objawy bowiem przysłuchowe tego nie wykazywały, lecz między takowemi, każą się domyślać zmian, które sprowadziły pomniejszenie objętości samego płuca z następową akomodacyją klatki piersiowéj w przypadku drugim.

Przypadki te swoją drogą mają prawo liczyć się do przebiegających z powolném, gdyż przeszło trzy tygodnie trwającém, rozdzielaniem. Jednak powolne rozdzielanie samo przez się nie usprawiedliwiłoby ogłaszania tych dwóch przypadków, bo ani to rzecz tak rzadka, ani tak typowe przypadki. Wszak według statystyki Grissolle'a na 103 przypadki przypada 66, Lebert ze swoich 261 zalicza 135 do późnéj resolucyi, przez którą rozumiemy trwanie nacieku przez 20—60 dni. Są nawet znane przypadki jak Andrala, który trwał 4 miesiące lub Leydena, gdzie jeszcze dłuższego potrzeba było czasu, zanim płuco wróciło do prawidłowego stanu; w przypadkach tych jednak obok zmian wypukowych znajdowano i zmiany przysłuchowe, chorzy nie odzyskiwali przez cały ten czas pierwotnych sił, a często towarzyszyło podniesienie ciepłoty.

Jaka ostatecznie sprawa chorobowa istniała w powyższych dwóch przypadkach, łatwiéj nam będzie odpowiedzieć, gdy poprzednio opiszemy jeszcze jeden przypadek podobny.

Przypadek III. Tomasz S., l. 53, przyjęty do kliniki d. 25 października r. z. mocno osłabiony. Z wywiadów wynikało, że dotąd nigdy ciężéj nie chorował z wyjątkiem zapalenia płuc po stronie prawéj, które przed kilku laty przebywał. Warunki higijeniczne, wśród których pozostawał, były bardzo niedostateczne, nadto oddawał się nałogowi pijaństwa. Według opowiadania jego na 21 dni przed przybyciem do kliniki, według żony zaś na dni dziesięć, doznał chory dreszczu, gorączki i kłócia w boku prawym. Nocami majaczył, zrywał się tak, że musiał być strzeżonym. Przyjęty do kliniki przedstawiał stan następujący: Chory mocno osłabiony. Na skórze i gałkach ocznych miernego stopnia żółtaczka. Policzki i błona śluzowa warg sinawa, na nosie widoczne porozszerzane naczyńka. Na wardze dolnéj dość obfite opryszczki (*herpes*). Przy ruchach klatki piersiowéj prawa strona daleko mniéj się porusza niż lewa, drżenie klatki piersiowéj po stronie prawéj wzmożone. Wypukiem stwierdzono po stronie prawéj z przodu odgłos stłumiony od szczytu aż do 4go żebra; poniżéj aż do dolnego brzegu 6 żebra przytłumiono bębenkowy; z tyłu od szczytu do dolnego kąta łopatki stłumiony, poniżéj przytłumiono bębenkowy; po stronie lewéj wszędzie jawny i pełny. Stłumienie serca na niewielkiéj przestrzeni; uderzenie w 5 przestworze międzyżebrowym rozlane. Przysłuch po całéj stronie lewéj wykazywał wdech pęcherzykowy szorstki; wydech słyszalny. Po stronie prawéj z przodu wdech i wydech prawie nieoznaczony, w górnéj części tylko wydech wyraźnie oskrzelowy, szmery bowiem pokryte są obfitą ilością furczeń i rzężeń; po kaszlu a następnie kilkorazowych głębokich wdechach następują tu i owdzie podczas wdechu drobne rzężenia równobańkowe. W pasze na całéj rozciągłości wdech i wydech oskrzelowy; z tyłu do połowy łopatki także wdech i wydech oskrzelowy, poniżéj pęcherzykowy szorstki i liczne drobnobańkowe rzężenia obok furczeń i gwizdów.

Plwociny lepkie w części trawiaste w części i rdzawe zawierają barwiki żółci, pod mikroskopem badane wykazują

ciałka wypocinowe, komórki przybłonkowe, nitki włóknika i dość znaczną ilość ciałek czerwonych.

Tony serca głuche, ale czyste, tętno częste, miękkie i dwubitne.

Brzuch miernie wzdęty, przy obmacywaniu niebolesny, wątroba znacznie powiększona, śledziona niemacalna, wypukiem nieco powiększona.

Mocz w skąpéj ilości, barwy pomarańczowo-żółtéj c. g. 1·021, białka nie ma, chlorki znacznie pomniejszone, wybitne oddziaływanie barwików żółciowych.

Nie jest moim zamiarem rozbieranie dokładne całego tego przypadku, uskutecznię to przy innéj sposobności, na teraz ograniczę się tylko do tych punktów, które odnoszą się do poruszonego przedmiotu. Nadmienić mi więc wypada, że już samo rozpoznanie kliniczne, oparte na wyniku badania wyżéj podanym, nasuwało pewne trudności. Bo jakkolwiek mieliśmy wybitne objawy przemawiające za zmianą zapalną w narządzie oddechowym, jakkolwiek w obec nagłego początku od dreszczu, gorączki, kłócia w boku prawym, zmian wypukowych i przysłuchowych, wyglądania plwocin mieliśmy ugruntowaną podstawę rozpoznawania włóknikowego zapalenia płuca prawego, jednak trzeba było rozstrzygnąć, czy zapalenie to było samoistne czy téż następstwem lub powikłaniem jakiejś innéj sprawy chorobowéj; pytanie to nasunąć się musiało już z powodu długiego względnie trwania choroby, która według podania chorego miała trwać dni 21, według żony jego dni dziesięć. Roztrząsając bliżéj to pytanie przechyliliśmy się do rozpoznania samoistnego zapalenia płuc, gdyż z jednéj strony nie mieliśmy żadnéj podstawy do przypuszczenia innéj sprawy chorobowéj jako pierwotnéj, z drugiéj strony w nadużywaniu napojów wyskokowych w wieku chorego, wreszcie okoliczności, że zapalenie rozpoczęło się od płatu górnego, mniemaliśmy znaleść dostateczne powody do wytłumaczenia tak długiego trwania choroby.

Rozpoznanie kliniczne podane przez prof. Korczyńskiego w dniu przyjęcia do zakładu brzmiało: *Pneumonia crouposa dextra asthenica (forma biliosa) in potatore.* (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

IX.

Polip nosopołykowy — wyłuszczenie przez jamę ustną.

Podał asystent Dr. Schramm.

W 5tym numerze bieżącego rocznika Przeglądu opisał prof. Mikulicz przypadek polipa nosopołykowego operowany metodą Gussenbauera. W przypadku owym jednak operacyja nie odbyła się typicznie głównie z powodu znacznego rozrostu nowotworu, który już wywołał zniszczenie kości podniebienia i dla tego téż przebieg nie był zupełnie prawidłowy, zwłaszcza następowe zespojenie otworu w podniebieniu przedstawiało znaczne trudności. Daleko lepiéj można ocenić zalety metody Gussenbauera z drugiego przypadku, którego historyję podaję pokrótce.

Piotr Gawełek, lat 19 liczący, wieśniak z zdrowéj pochodzący rodziny, nie przebywał żadnych ważniejszych chorób. Przed dwoma laty wystąpiły u niego częste krwotoki z nosa, wkrótce potém przyłączyło się do tego zatkanie nozdrza lewego, a lekarz proszony o poradę wydobył dwa polipy dochodzące według podania chorego wielkości małego orzecha włoskiego. Przez kilka miesięcy po tym zabiegu chory czuł się zupełnie dobrze, tylko głos nie odzyskał pierwotnéj czystości, pozostał zawsze nieco nosowym. Przed 8 miesiącami wystąpiły na nowo krwotoki z nosa, wkrótce oddechanie nosem stało się niemożebném i z tego powodu przybył G. do kliniki chirurgicznéj, gdzie znaleziono stan następujący: Mężczyzna dobrze zbudowany tylko nieco niedokrewny. Narządy wewnętrzne nieprzedstawiają zmian żadnych. Głos ma dźwięk mocno nosowy, mowa nieco niewyraźna. Nozdrza oba zatkane tak, że chory oddechać może tylko ustami, zresztą oddech swobodny. Podniebienie nieco ku dołowi zepchnięte, przy badaniu palcem wyczuć można poza podniebieniem miękkiém obrzęk twardy, wypełniający prawie całkiem jamę noso-połykową, zatykający otwory nosowe tylne i sięgający ku górze aż do podstawy czaszki. Przy ostrożném nawet badaniu występuje krwotok dość silny.

Rozpoznanie nie ulegało więc najmniejszéj trudności. Mieliśmy oczywiście przed sobą tak zwany polip nosopołykowy, wychodzący z podstawy czaszki, którego oddalenie tak z powodu częstych krwotoków jak i niebezpieczeństw, jakie nowotwór musiał wywołać przy dalszym wzroście, było konieczne. Do wydobycia zatém nowotworu przystąpił prof. Mikulicz d. 15 kwietnia b. r. według metody Gussenbauera. Odważny i cierpliwy chory, któremu chodziło tylko o jak najprędsze pozbycie się nieprzyjemnego cierpienia zgodził się na operacyję bez chloroformu. Posadzono go więc na stołku, otwarto usta wziernikiem Whiteheada i prof. M. poprowadził cięcie w linii środkowéj idące przez przednią połowę podniebienia miękkiego i przez całe podniebienie twarde i sięgające aż do kości. Po oddzieleniu części miękkich wraz z okostną za pomocą raspatoryjum wydłutował prof. M. kawałek kości podniebienia długi na 3 a szeroki na $1\frac{1}{2}$cm. i tym sposobem otworzył drogę do nowotworu, który z pomocą nożyczek i raspatoryjum oddzielono jak najdokładniéj od szerokiéj podstawy. Krwotok przy téj części operacyi był bardzo znaczny, a gdy wstrzykiwanie zimnéj wody nie wystarczyło do jego zatrzymania, przypalono ranę termokauterem i wytamponowano jamę nosopołykową gazą jodoformową, którą wyprowadzono częścią przez nos a częścią przez ranę w podniebieniu. Chory zniósł operacyję bardzo mężnie, jednak gwałtowny krwotok osłabił go tak znacznie, że musiano go odnieść na salę, podać wino i leki skrzepiające. O natychmiastowém zespojeniu rany na podniebieniu nie można było myśleć już to z powodu, że chory osłabiony bardzo nie zniósłby dłuższéj operacyi, jak téż i dlatego, że śród przypalania rany termokauterem zostały sparzone także częściowo brzegi rany w podniebieniu; a wreszcie leżące w ranie tampony, których z powodu krwotoku nie można było oddalić, nie pozwalały oczywiście na zeszycie podniebienia. Chory przyszedł prędko do sił, wieczorem ciepłota 37·3, tętno 110 dość pełne. Oddech swobodny. Nazajutrz rano ciepłota 37·2, tętno 100 dobre. Brzegi rany w podniebieniu pokryte strupem od sparzenia. Wieczorem 38·4, tętno 112. 17/4 Ciepłota 39, tętno 110, wyciągnięto tampony z gazy jodoformowéj, poczém jednak powstał znowu silny krwotok tak, że musiano całą jamę ponownie wytamponować i to głównie przez ranę w podniebieniu.

Dalszy przebieg był bardzo pomyślny. Chory nie gorączkował wcale. W 6ym dniu po operacyi wydobyto

tampony z gazy a 23 kwietnia udał się chory do domu z poleceniem przybycia za trzy tygodnie w celu zamknięcia otworu w podniebieniu. Rzeczywiście przybył on do kliniki dnia 19 maja. Brzegi rany były już zupełnie zabliźnione i miękkie, tak że dnia następnego przystąpił prof. M do zespojenia podniebienia. Przedtém jednak badano palcem jamę nosopołykową i wtedy znaleziono na podstawie czaszki drobne nie równe wybujałości, łatwo krwawiące, które uważać musiano albo jako powracający nowotwór, albo raczéj jako resztki pozostawione podczas poprzedniéj operacyi. Wybujałości te przypalono jak najdokładniéj termokauterem ochroniwszy poprzednio brzegi otworu w podniebieniu wilgotnemi szpatułkami drewnianemi, aby je uchronić od sparzenia. Następnie odświeżył prof. M. brzegi otworu, poprowadził cięcie boczne, oddzielił utworzone tym sposobem płaty od swéj podstawy i zespoił je 8 szwami z katgutu chromowego (typowa uranoplastyka). I ten zabieg odbył się bez narkozy, chory zachowywał się tak podczas saméj operacyi, jak i w dniach następnych wzorowo, skutek operacyi był też zupełnie pomyślny, rana zgoiła się w całości *per primam* a operowany opuścił klinikę dnia 28go maja zupełnie wyleczony. Głos pozostał nosowy przynajmniéj podczas pobytu w klinice. Spodziewać się jednak należy, że powoli wróci do prawidłowości lub przynajmniéj znacznie się poprawi.

Nie potrzebuję zastanawiać się dłużéj nad zaletami metody Gussenbauera ani podnosić jéj wyższości nad innemi sposobami operowania polipów nosopołykowych. Omówił je obszernie prof. Mikulicz w 5 numerze bieżącego rocznika Przeglądu; pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na kilka ważniejszych szczegółów. Przypadek powyższy był o wiele pomyślniejszy od przypadku opisanego przez prof. M., głównie z powodu mniejszego rozrostu nowotworu. W przypadku tym bowiem nie było jeszcze zniszczenia podniebienia twardego, a w celu wydobycia nowotworu nie było potrzeba rozcinać całego podniebienia. Z tego powodu następowe zespojenie utworzonego otworu dało się znacznie łatwiéj wykonać, niż to miało miejsce w przypadku pierwszym.

Przypadek ten wykazuje też bardzo dobrze główne zalety metody Gussenbauera. Po operacyi bowiem nie pozostało żadne oszpecenie, a co najważniejsza, że przez pozostały otwór w podniebieniu można było w trzy tygodnie po operacyi rozpoznać recydywę, a względnie pozostawione resztki nowotworu i zniszczyć je doszczętnie, tak że radykalne wyleczenie chorego jest prawie pewne. Na podstawie więc tego przypadku musimy radzić, aby w każdym przypadku polipa nosopołykowego wykonywać operacyję według metody Gussenbauera, któréj wyniki będą tém lepsze, w im wcześniejszym okresie wykonamy operacyję.

III. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

IV.

Śmierć z zaczadzenia.

Podał Dr. J. Schaitter,
demonstrator przy tymże zakładzie i lekarz sądowy.

Dnia 5 grudnia r. z. przywieziono zrana do kliniki lekarskiéj kobietę nieprzytomną Annę B., którą znaleziono w tym stanie obok jéj narzeczonego nieżywego Bartłomieja S. Równocześnie przywieziono do zakładu sądowolekarskiego zwłoki jéj narzeczonego. Od sąsiadów dowiedziano się, że zamieszkiwali oni nędzną drewnianą budę bez okna, przystawioną do domu murowanego, w którym Bartłomiej pełnił obowiązki stróża. Wieczorem dnia poprzedzającego widziano jeszcze oboje zdrowych i zajętych pracą, a nieobecność ich przy zwyczajnych zajęciach zrana około domu była przyczyną, że sąsiedzi szukając ich weszli do tego nędznego mieszkania. Lekarz przywołany natychmiast domyślał się podwójnego samobójstwa a brak śladów gwałtu na zwłokach Bartłomieja i na ciele nieprzytomnéj Anny zdawał się przemawiać za wzajemném otruciem. O zaczadzeniu nikt nie myślał, gdyż w komórce téj nie było wcale pieca a ludzie, którzy tam pierwsi weszli, nie uczuwali wcale podejrzanéj woni. Po bezskutecznych usiłowaniach przywrócenia przytomności u Anny polecił lekarz miejski odesłać ją do zakładu leczniczego, co też natychmiast wykonano. Anna nie oddziaływała wcale na wpływy zewnętrzne, źrenice obie jednostajnie rozszerzone, lica pokryte wymiocinami, oddziaływającemi silnie kwaśno. Zęby mocno zaciśnięte a w przodkowéj części jamy ust, na dziąsłach i na końcu języka, zaciśniętego pomiędzy zęby, widać wysepkowate wybielenie i zaćmienie przybłonka, zresztą błony śluzowe zaczerwienione. Oddech płytki, wolny. Wdech zaostrzony, a z tyłu nieliczne rzężenia. Granice narządów nie przedstawiają zmian. Tony sercowe czyste, tętno regularne. Badanie brzucha wykazuje, że skóra na nim blada zmian nie przedstawia, powłoki brzuszne zapadłe, przy obmacaniu głębszém spostrzedz się daje ślad reakcyi na ucisk w okolicy żołądka, w którym wypukiem i przy zmianie położenia choréj płyn wykazać można. Sondą żołądkową, wprowadzoną przez nos, zdołano wydobyć nieco płynnéj, mętnéj treści żołądka o woni i oddziaływaniu silnie kwaśném. W narządzie ruchu uderzały kontraktury odnóg dolnych i górnych i szczękościsk. W obec tych oznak domyślać się można było jedynie otrucia jakimś kwasem, zastosowano też odpowiednie leczenie; nikt bowiem z obecnych nie wiedział, że nieprzytomnéj wlewano w pierwszéj chwili przed przybyciem lekarza silny ocet, zapewnie zanieczyszczony kwasem siarkowym, chcąc ją tym sposobem ratować a okoliczność podana przez świadków, że w tém mieszkaniu nie ma pieca, zdawała się być dostateczną do wykluczenia zaczadzenia. Anna B. była przez 6 godzin od znalezienia jéj zupełnie nieprzytomną. Dopiero po południu dnia tego spostrzeżono, że oddziaływa na głośne wołanie jéj imienia, wieczorem zaczęła z trudnością odpowiadać na pytanie jak się nazywa, wymawiając chrypliwym głosem „Hanusia.“ Pierwsze skargi choréj na ból gardła i żołądka zdawały się stwierdzać rozpoznanie, gdyż co do samego zajścia nie była w stanie nic odpowiedzieć a objawów jéj woli zaledwie zrazu domyślać się było można. Tymczasem zagadkowe zajście rozjaśnionem zostało w inny sposób.

Zwłoki Bartłomieja S. złożone w zakładzie medycyny sądowéj zwróciły zaraz po południu dnia tego uwagę obecnych niezwykłém swojém wejrzeniem, gdyż plamy trupie, które dosyć często widzimy jaśniéj czerwono aniżeli zazwyczaj zabarwione i to z powodu zimna, były na zwłokach Bartłomieja S. tak rozległe i tak różowe, że wejrzenie twarzy przypominało raczéj człowieka mocno śpiącego z silnie rozczerwienioném lewém licem, na którém leżał. Jakkolwiek mroźne powietrze mogłoby było wywołać podobną zmianę, w tym jednak przypadku wpływ zimna należało stanowczo wykluczyć, gdy zwłoki od chwili przywiezienia ich do zakładu leżały w sali sekcyjnéj ogrzanéj do zwykłéj ciepłoty po-

kojowéj. Tak więc z trzech przyczyn wywołujących taką zmianę na zwłokach pozostały tylko dwie, mianowicie otrucie kwasem pruskim i jego przetworami, które niekiedy, i zaczadzenie względnie otrucie gazem świetlnym, które stale i zawsze wywołuje jaśniejsze zabarwienie plam trupich. Dwa te otrucia należą do tych nielicznych, których rozpoznanie jest możliwém już z pierwszego wejrzenia zwłok, dlatego téż chcąc jeszcze przed przybyciem komisyi sądowéj nabrać pewności, z czém się ma do czynienia, dostaliśmy z żyły ramieniowéj kilka kropel krwi, aby ją poddać właściwemu badaniu.

Zabarwienie tych kilku kropel było już na pierwsze wejrzenie jaśniejszém niż bywa krew trupia; aby uniknąć złudzenia, porównano ją z krwią innego trupa a różnica okazała się wybitną. Próby chemiczna i spektralna, do których jeszcze powrócimy, potwierdziły w sposób niewątpliwy domysł, któremu dotąd brakowało podstawy w obec podania, że w mieszkaniu zmarłego nie było wcale pieca. Nabrawszy przekonania o przyczynie śmierci Bartłomieja S. tém pilniéj uwzględniono w protokóle sekcyi, wykonanéj dnia następnego, szczegóły ważne w takich przypadkach a protokół ten przytaczamy tutaj w dosłownėm brzmieniu.

A) Oględziny zewnętrzne. 1) Na stole sekcyjnym leżą zwłoki mężczyzny lat 20 kilka liczyć mogącego, dobrze zbudowanego. 2) Stężenie trupie utrzymuje się po części tylko w dolnych odnogach. 3) Plamy trupie jasno-czerwone przez nacięcie jako takie stwierdzone zajmują grzbiet, uda po stronie wewnętrznéj, okolice nadobojczykowe i twarz po stronie lewéj. 4) Włosy na głowie jasne gęste, powieki przymknięte, rogówki nieco zaćmione, tęczówki piwne, prawa nieco więcéj rozszerzona niż lewa, natomiast spojówka lewa mocno nastrzyknięta podczas gdy prawa jest blada. W otworach nosowych ślady krwi skrzepłéj, wargi blade, zęby ściśnięte, koniec języka pomiędzy nie zaklinowany a na zębach i dziąslach leżą resztki pokarmów, składające się z łupin i jąderek owoców. Błona śluzowa obydwóch warg jest pomarszczona a miejscami wysepkowato wybielona, ubytku jednak istoty nie widać; na skórze warg oraz na brodzie nie widać zmian. Na wardze górnéj mierny zarost, na brodzie prawie nie ma zarostu. 5) Na szyi i na klatce piersiowéj nie ma zmian, brzuch lekko wzdęty, skóra jego zwłaszcza na bokach zielonawa. Prącie jasno-czerwone, przy nacisku wydobywa się mierna ilość płynu mlecznego gęstego, którego zbadanie mikroskopowe natychmiast wykonane wykazało obecność drobnych komórek ale nie wykazało plemników. 6) Uda z przodu kałem zawalane, tak samo pośladki. Na kolanach i stopach dużo brudu. 7) Po dokładném obejrzeniu nie spostrzeżono nigdzie na ciele śladów obrażenia. Dłonie okazują się po odciągnięciu mocno skurczonych palców znacznie zabrudzone, skóra na nich gruba pomarszczona. Na palcu pierścieniowym prawéj ręki znajduje się mosiężny pierścionek z wizerunkiem Matki Boskiéj.

B) Oględziny wewnętrzne. 8) Skóra czaszkowa po stronie wewnętrznéj jasno-czerwona. Sklepienie czaszki symetryczne na szczycie nieco przeświecające, zresztą nieuszkodzone. Po odjęciu sklepienia wylewa się z jamy czaszkowéj dość dużo krwi płynnéj w grubszych warstwach barwy wiśniowéj w warstwach cieńszych jasno-czerwonéj. 9) Opona twarda znacznie aż do drobniejszych gałązek naczyń nastrzykana. 10) Po wyjęciu mózgowia wylewa się kilkanaście gramów płynu surowiczego jasno-czerwonego. 11) W zatoce podłużnéj znajduje się nieco krwi płynnéj, barwy wiśniowéj. 12) Opony miękkie mocno nastrzykane, mózgowie okazuje na powierzchni zabarwienie różowawe, spójność jego prawidłowa. Istota biała przedstawia na przekroju kropki krwawe barwy cynobrowéj, w komórkach bocznych mała ilość surowicy, zwoje żylne jasno-czerwono zabarwione, większe zwoje i ściany komórek przedstawiają na przekroju zabarwienie różowe. Na podstawie mózgu nie widać żadnych zmian. Na podstawie czaszki po odjęciu opony twardéj nie widać żadnego obrażenia. 13) Na języku oprócz resztek pokarmów i śluzu widać wręby od zębów, widoczne po bokach języka. 14) Przełyk jasno-czerwony, błona śluzowa gardziela zaćmiona, przybłonek zmacerowany. W dolnéj trzeciéj części zawiera gardziel resztki pokarmów, takie same, jakie znaleziono na dziąsłach i języku. 15) W krtani i tchawicy znajduje się dużo piany, która występuje zwłaszcza za naciskiem na płuca. Błona śluzowa żywo czerwono zabarwiona. 16) Po wyjęciu płuc i serca wyciśnięto kilkanaście grm. krwi płynnéj i przechowano w słoju szklanym w celu późniejszego zbadania przyrządem spektralnym. 17) Płuca zawierają wszędzie powietrze, na przekroju zalewają się znaczną ilością cieczy pienistéj jasno-czerwonéj. 18) We worku sercowym nieco surowicy czystéj żółtawéj; mięsień sercowy jędrny, w komórkach nieco krwi płynnéj, zastawki prawidłowe, błona wewnętrzna aorty całkiem gładka, połyskująca. 19) Wątroba prawidłowéj wielkości, na przekroju nieco stłuszczona. 20) Śledziona w dwójnasób powiększona, twarda i zbita. 21) Nerki prawidłowéj zbitości na przekroju mocno przekrwione. 22) Pęcherz moczowy zawiera kilkadziesiąt gramów moczu żółtawego, błona śluzowa pęcherza prawidłowa. 23) Żołądek, poprzednio starannie podwiązany w okolicy wpustu i odźwiernika, otwarto nad czystą miską porcelanową. Treść żołądka podobna do miazgi znalezionéj w przełyku i na języku nie wydaje żadnéj charakterystycznéj woni. Błona śluzowa pomarszczona, w okolicy dna liczne drobne wynaczynionki. 24) Jelita zawierają kał rzadki i zbity, błona śluzowa wszędzie prawidłowego wejrzenia. 25) Kości nie są nigdzie uszkodzone.

Część krwi otrzymanéj przez wyciśnięcie z naczyń płucnych i żył szyjnych rozcieńczono wodą w epruwetce a zmięszawszy ją z rozczynem ługu sodowego dosyć zgęszczonym i wylawszy na miseczkę porcelanową przekonano się, że barwa jasno-czerwona prawie się nie zmieniła. W ten sam sposób postępowano z krwią z innego trupa, aby módz przez porównywanie tém łatwiéj spostrzedz różnicę. Krew z innego trupa stawała się po dodaniu ługu sodowego brunatną a barwa jéj na miseczce porcelanowéj była wybitnie zielonawą w cienkiéj warstwie. Do próby widmowéj użyto kilku kropel krwi, którą wlano do epruwetki napełnionéj do $^1/_3$ wodą przekroploną. Pręgi pochłonne krwi badanéj nie różniły się wcale zrazu tak znacznie od pręg pochłonnych otrzymanych w przyrządzie ze krwi innego trupa; gdy jednak do obu prób dodano świeżo sporządzonego siarczku amonu, nie uległy pręgi pochłonne krwi badanéj żadnéj zmianie, podczas gdy pręgi krwi z innego trupa zlały się po chwili w jedną szeroką pręgę gałczenia krwi odtlenionego. Zmiana ta występowała natychmiast, skoro do odtlenienia użyto świeżo sporządzonego rozczynu winianu żelazawego w amonijaku a we krwi badanéj żaden z tych sposobów nawet po upływie kilkunastu minut nie zdołał sprowadzić zmiany w pręgach pochłonnych.

Jak powyżéj wspomnieliśmy przychodziła Anna B. sto-

pniowo do przytomności a po spokojnie przespanéj nocy z dnia 5 na 6 grudnia stan jéj o tyle się polepszył, że przypomniała sobie już szczegółów dotyczących ostatniéj wieczerzy spożytéj z narzeczonym. Zrazu z trudnością, późniéj z zupełną świadomością podawała ona, że przyszedłszy do mieszkania swego napili się oboje herbaty zgotowanéj na prędce i zjedli po kawałku chleba, gdy jednak w nędznem mieszkaniu zimno dokuczać zaczynało, wzniecił Bartłomiej ogień w garnku żelaznym, który stał w kącie izdebki i dokładał po kawałku węgla kamiennego. Na uwagę ze strony Anny, że w izbie czuć dym i może lepiéj garnek wynieść, odrzekł: „nic się nam nie stanie“ i spokojnie spać się położył, co też i Anna niebawem uczyniła. Od téj chwili nie wie co się z nią działo a oprzytomniała dopiero w klinice czując ból gardła i żołądka. Tak więc zeznanie Anny B., zgadzające się z rezultatem sekcyi i badania krwi uprawniło w zupełności znawców do wydania orzeczenia następującéj treści:

1) Plamy trupie i krew barwy jasno-czerwonéj, zmiany w mózgu i w płucach a przedewszystkiém próba chemiczna i spektralna, dowodzą niewątpliwie, że B. S. umarł z otrucia tlenkiem węgla. 2) Tlenek węgla jest główną częścią składową czadu i gazu świetlnego. Otrucie gazem świetlnym wykluczyć możemy, ponieważ ani w pomieszkaniu B. S. ani w pobliżu rur gazowych nie ma, ponieważ zresztą woni charakterystycznéj gazu świetlnego obok trupa nie było. Pewną więc jest rzeczą, że B. S. umarł z zaczadzenia. 3) Wprawdzie w pomieszkaniu B. S. nie było pieca, ale badana Anna B. podaje, że w izbie znajdował się garnek z węglami, które B. S. zapalił przed spaniem, i to zupełnie wystarcza. 4) Okoliczność, że Anna B. nie umarła, pomimo, że w podobnych znajdowała się warunkach, co B. S., wcale nie przemawia przeciw zaczadzeniu, ponieważ doświadczenie uczy, że osoby, które leżą bliżéj drzwi lub okna, prędzéj ocaleją, aniżeli osoby leżące w pobliżu źródła czadu. 5) Zmiany w jamie ust i na języku Anny B., znalezione również jakkolwiek w niższym stopniu na zwłokach Bartłomieja S., mogą pochodzić od silnego (a zapewne zanieczyszczonego) octu, którym według zeznania świadków starano się oboje do życia przyprowadzić. (Dok. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Andeer (Würcburg): **O leczeniu róży resorcynem.**

W monografii swojéj wydanéj w r. 1880 (*Einleitende Studien über das Resorcin, zur Einführung desselben in die pract. Medicin*) wypowiedział autor, że przy odpowiedniém zastosowaniu resorcynu można nim wyleczyć różę w kilku dniach, a zdanie to sprawdziło się już niejednokrotnie według jego doświadczenia. Im dłużéj i im mocniéj zgęszczone rozczyny stosował w różnych rodzajach róży, tém silniejszego nabierał przekonania, że środek ten działa znakomicie w téj podstępnéj zakaźnéj chorobie. Doświadczenia jego przemawiają również na korzyść stwierdzonéj już mikroskopowo istoty przyrzutu róży, która powstaje w skutek wtargnienia i rozwoju istot pasorzytniczych. Gdy jednak w innych chorobach grzybkowych skóry zastosowanie resorcynu nie odnosiło pożądanego skutku, było ono nader korzystném w chorobach różycowych, a za stosowaniem tego środka przemawiała również niezmierna łatwość jego użycia. Środek ten okazał się skutecznym we wszystkich przypadkach róż, powstającéj jużto samodzielnie, już też to zdarzających się w następstwie zakażenia ran. W postaci maści użyty zostaje najrychléj resorbowanym, gdy przeciwnie w rozczynie wodnym działa zrazu ściągająco, przy znaczniejszém zgęszczeniu lekko żrąco, co naturalnie utrudnia jego chłonienie; wstrzykiwanie podskórne rozczynów nie przedstawia żadnych korzyści. Ostatni sposób stosowania jest już z powodu bólu mniéj odpowiednim aniżeli wcieranie maści, obok tego środek ten nie dyfunduje tak łatwo jak kwas karbolowy wstrzyknięty, działanie jego zatém ogranicza się do miejsca zastosowania, a co najważniejsza po wstrzyknięciu rozczynów zgęszczonych tworzą się blizny w skórze wielkości grochu. W dwóch przypadkach róży na odnodze górnéj omijała sprawa chorobowa miejsca wstrzyknięcia, jak to wynika z przytoczonych dwóch historyj chorób, szerzyła się jednak swobodnie po za niemi. Dopiero po zastosowaniu wcierań maści resorcynowéj 50% lub 80% polepszenie było widoczne i wtedy też dopiero pojawiło się charakterystyczne zabarwienie moczu i skóry. Również okłady z rozczynu wodnego tego środka, stosowane w jednym przypadku, nie odniosły pożądanego skutku. (*Wiener med. Presse*, 1883, Nr. 22).

Dr. Schaitter.

Prof. Jäger (w Wiedniu): **Rozpoznawanie chorób krwi za pomocą wziernika ocznego.**

Autor już w pracy, którą przed 7 laty ogłosił w Wiedniu, pod tytułem: *Ergebnisse der Untersuchung mit dem Augenspiegel*, dowodził, że pewne choroby krwi można za życia rozpoznać za pomocą wziernika ocznego z większą pewnością i ścisłością niż za pomocą innych dotąd znanych sposobów. Praca ta jednakowoż nie znalazła, zdaniem autora, należnego uwzględnienia i uznania. Dotąd nikt nie potwierdził ciekawych wyników długoletnich badań autora, lecz także nikt nie zaprzeczył. Okoliczność tę tłumaczy autor tém, że lekarze, którzy mają do czynienia z chorobami krwi nieposiadając należytéj biegłości we wziernikowaniu nie mogą stwierdzić jego nauki, okuliści zaś zwracają uwagę przeważnie na choroby miejscowe bez dostatecznego uwzględnienia chorób krwi, a używając najczęściéj do badań obrazu odwrotnego nie mogą się dopatrzyć zmian chorobom krwi towarzyszących, które widzieć tylko można badając w obrazie prostym.

Nauka, któréj broni tak poważny uczony, jakim jest Edw. Jaeger, który nadto tak znakomicie się wziernikiem posługuje, któréj wreszcie nie można odmówić wielkiéj doniosłości, zasługuje na to, aby się z nią szersze koła lekarskie zapoznały. W tym celu chcę poniżéj podać wyniki badań autora, odsyłając czytelników pod względem ogólnych teoryj patologicznych do oryginału.

Autor podaje, że badając wziernikiem ocznym chorego może orzec: 1) czy ilość krwi jest prawidłową lub czy nie zachodzi jaka co do ilości nieprawidłowość przy zresztą prawidłowym składzie téjże (*Hyperaemia et Anaemia*); 2) jak wielka jest we krwi ilość pojedyńczych jéj składników, czy np. krew nie jest bogatszą w istoty białkowate, ilość ciałek krwi itp.; 3) jaki zachodzi stosunek ilościowy pomiędzy krwią tętniczą a żylną; 4) czy i jakie jakościowe zachodzą różnice pomiędzy krwią tętniczą a żylną; 5) jak wielką jest ilość tlenu we krwi i jaka ilość tegoż podczas przejścia przez naczynia włosowate zostaje spożytkowaną; a wreszcie 6) czy nieprawidłowy skład krwi zależny jest od niedostatecznego wytwarzania się téjże, od zbytecznego spotrzebowania krwi przez ustrój (*übermässig gesteigerter Kon-*

sum), albo czy wreszcie nie powstał skutkiem nieprawidłowego lub niecałkowitego spotrzebowania pojedyńczych składników tejże. Jeżeliby prawdą było, że za pomocą wziernika ocznego można na powyższe pytania odpowiedzieć, nie ulegałoby wątpliwości, że Jaeger ma słuszność twierdząc, że wskazał nową drogę, że podał nowy sposób badania jakościowych i ilościowych wad krwi, i że wreszcie zwrócił uwagę na dotąd niedostatecznie przez patologów poznaną chorobę, którą nazywa Hyperoxyaemia, a która na tém polega, że we krwi żylnéj więcéj jest tlenu niż w stanie prawidłowym.

Zapatrywania autora co do rozpoznawania ilościowych wad krwi opierają się na następujących zasadach. Jeżeli w naczyniach siatkówkowych nie napotykamy zwężeń lub rozszerzeń, które skutkiem wad rozwojowych dość zresztą rzadko powstają, tedy z napełnienia prawidłowych zresztą naczyń wnosić można, wiele krwi w ogóle mieści się w ustroju. Oprócz tego wykazuje wziernik oczny, wiele stosunkowo krwi mieści się w tętnicach a wiele w żyłach, tak że badając wziernikiem można w ogóle ludzi podzielić na takich, u których przeważa tętnicza i na takich, u których przeważa krew żylna. Autor wskazuje, że to może wpływać na skłonność ustroju do pewnych chorób, na rozwój, przebieg i późniejsze objawy chorobowe. W pewnych chorobach gorączkowych spostrzegał autor rozszerzenie żył, z czego wnosi, że w tych przypadkach ilość krwi żylnéj powiększyła się kosztem krwi tętniczéj.

Daléj może wziernik oczny wykazać jakościowe skazy krwi. I tak z barwy krwi tętniczéj i żylnéj, uwzględniając naturalnie także inne wpływy, można oznaczyć ilość hemoglobinu. Daléj można rozpoznać zboczenia co do ilości tlenu we krwi. Tak np. dowodzi autor, że w wielu przypadkach krew przechodząca przez tkaniny ustroju należycie się nie odtlenia, skutkiem czego krew żylna ma więcéj w sobie tlenu niż zwykła krew żylna, co poznać można porównywając barwę krwi tętniczéj i żylnéj (*Hyperoxyaemia*). Przypadki te, które zresztą wcale w Wiedniu nie mają być rzadkością, dowodzą, że tkanina, przez którą krew przechodzi, utraciła własność należytego odtleniania krwi tętniczéj (*geringerer Sauerstoffhunger*).

Autor daléj twierdzi, że szerokość i połysk środkowéj smugi naczyń siatkówkowych (*Intensität der Reflexerscheinung von der Blutsäule*) zależne są od współczynnika załamalności krwi. Refleks jest tém wyraźniejszy i jaśniejszy im niższy współczynnik załamalności krwi a tém węższy i ciemniejszy, im współczynnik wyższy. Ponieważ zaś współczynnik załamalności zależny jest od ilości istot białkowatych we krwi się znajdujących, przeto z szerokości i siły połysku wnosić możemy, jak wielka jest ilość tychże. Ilość istot białkowatych już w granicach fizyjologicznych ulega znacznym różnicom, bardziéj jeszcze w przypadkach chorobowych *Hyperalbuminosis* i *Hypalbuminosis* może być względną i bezwzględną. W przebiegu pewnych chorób powstaje zmniejszenie ilości istot białkowatych tylko we krwi żylnéj. Autor spostrzegał także znaczne powiększenie ilości istot białkowatych po ustąpieniu silnéj gorączki. Mierne zboczenia, przy zresztą prawidłowym składzie krwi, spostrzegał autor z równoczesném pojawieniem się ogólnego osłabienia, uczucia napływu krwi do głowy, zawrotu tejże, podmiotowego uczucia strachu itp. W przypadkach tych jedynie badanie wziernikowe wyjaśniło przyczynę objawów chorobowych. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1883, Nr. 9—11). *Dr. Machek.*

Prof. Reubold: **O szczelinach w czaszce w skutek złamań.**

Autor miał sposobność badać kość ciemieniową lewą dziecka prawie trzechletniego. Kość ta okazywała złamanie wzdłuż największéj przekątni a wzdłuż tego złamania szczelinowate pęknięcie ku przodowi i ku dołowi przebiegające. Na wysuszonym preparacie rozwierała się ta szczelina w środku na 2cm., przy sekcyi znaleziono ją w całości zarośniętą tkanką bliznowatą, zrośniętą z oponą twardą. Wywiady stwierdziły, że dziecię to wypadło raz z łóżka na 4 miesiące przed śmiercią, po tém obrażeniu nie spostrzeżono żadnych zboczeń a leczenie zastósowane przez samych rodziców polegało na zawiązywaniu głowy przez kilka dni. Reszta kości sklepienia miała przedstawiać obraz rozrzedzenia tkanki kostnéj na tle zapalném a brzegi szczeliny były wszędzie zcieńczałe, jakby wyostrzone. Przedewszystkiém zajmuje autora pytanie, czy zmianę na czaszce należy odnieść do urazu, którego dziecię doznało, czy może ona być następstwem obrażenia główki podczas porodu i zastanawia się, dla czego w tém miejscu nie wytworzyła się przepuklina oponowa wśród tak korzystnych warunków. Wywiady od rodziców, nieskorych do dawania wyjaśnień w téj sprawie, nie wykazały oprócz wspomnionego obrażenia a uważanego przez nich za nieznaczne, nie było bowiem połączone ze zranieniem, żadnéj szkodliwości, któraby mogła sprowadzić tę zmianę; gdy z drugiéj strony umiejscowienie szczeliny w kości ciemieniowéj zdaje się przemawiać stanowczo za powstaniem złamania podczas porodu. Chcąc wytłumaczyć powstanie ubytku w kości złamanéj ucieka się autor do przypuszczenia resorbcyi brzegów złamanych, któreto przypuszczenie nabiera prawdopodobieństwa w obec istniejącéj zmiany zapalnéj w całém kostném sklepieniu, wyłożoném blaszkami wybujałości kostnych, najgrubszych w okolicy ciemieniowéj lewéj. Najdonioślejsze znaczenie przypisuje uciskowi śródczaszkowemu, który sprowadza u dorosłych częstokroć po obrażeniu czaszki wybujanie mózgu przez otwór. Większe znaczenie ma ucisk śródczaszkowy u dzieci w obec mózgu wzrastającego i skłonności istót młodocianych do wodogłowia, które i w niniejszym przypadku znaleziono. Pomimo tych warunków nie przyszło tutaj do wypuklenia opon, tém mniéj do powstania przepukliny mózgowéj a to dla tego, że opona twarda była niewątpliwie nieuszkodzoną. To twierdzenie znajduje znakomite poparcie w rezultatach doświadczeń Guddena (*Experimental-Untersuchungen über das Schädelwachsthum*, 1874, str. 7), które dowiodły, że szczeliny w czaszkach tworzyły się zawsze wtedy, gdy brzegi złamane odstawały zanadto od siebie a wcale nie dla tego, że mózg opadłszy w ranę przeszkadza w gojeniu. Ze względów praktycznych mają takie szczeliny szczególne znaczenie, z téj strony bowiem zagraża tym ludziom niebezpieczeństwo ustawicznie a liczne przypadki pouczają, że uraz, zresztą nieznaczny, skierowany przypadkiem w miejsce ubytku w sklepieniu sprowadza śmierć już to z krwotoku, już téż to ze zmiażdżenia mózgu. (*Archiw Virchowa*, T. 92). *J. Schaitter.*

Allen-Starr: **Otrucie siarkanem miedziowym— hemoglobinuryja—śmierć.**

Niewiasta 46 lat licząca dobrze zbudowana i odżywiona wypiła w zamiarze samobójczym herbatę, w któréj rozpuściła około jednéj uncyi siarkanu miedziowego krystalizowanego. Wkrótce potém doznała uczucia palenia w żołądku i w całém ciele, co ją skłoniło do dania znać o tém w sąsiedztwie. W drodze do szpitala, dokąd ją natychmiast od-

wieziono, doznała kilkakroć wymiotów a za przybyciem tamże czuła się nader osłabioną i cierpiała okropne kurcze żołądka. We dwie godziny po wypiciu trucizny była tak słabą, że nie mogła przejść sama przez pokój, skóra zimna i sucha, tętno pełne, 112 uderzeń na minutę, tor oddechania prawidłowy, 23 razy na minutę. Uskarżała się ciągle na znaczne osłabienie i kurcze żołądka i odnóg dolnych. Ułożywszy ją w łóżku, wprowadzono pompę żołądkową i przepłukiwano żołądek letnią wodą. Pierwsza część płynu wypompowanego była zielonawo-szara a późniéj wykazano w nim miedź. W kilkanaście minut potém wlano do żołądka rozczyn wodny 30 gramów żółtego żelasinku potasu, płyn po chwili wydobyty był brunatny, co dowodziło utworzenia się żelasinku miedziowego. Przepłukiwania rozczynem żelasinku potasu ponawiano zmniejszając stopniowo ilość użytéj soli aż płyn wypompowany przestał się barwić brunatno, wtedy nie wyjmując sondy żołądkowéj, wlano przez nią mięszaninę oliwy z środkiem podniecającym, któréj część chora wymiotowała. Tętno stawało się słabszém, uderzało 128 razy na minutę, równocześnie wstrzyknięto pod skórę strzykawkę eteru i polecono zażywać mięszankę z trzydziestu gramów azotu bizmutowego w mleku co dwie godziny. W nocy wymiotowała chora jeszcze kilka razy i oddała kilka stolców brunatnych nie zawierających krwi, kurcze żołądka i odnóg dolnych nie ustępowały a nad ranem dołączył się znaczny ból głowy w okolicy czołowéj. Stan bezgorączkowy, tętno regularne 100 uderzeń na minutę, oddechanie prawidłowe, skóra sucha i zimna. Przytomność nie zakłócona, źrenice oddziaływają na światło prawidłowo. Na brzuch zastósowano okłady ciepłe, i podawano mleko od czasu do czasu. W ciągu dnia chora doznała polepszenia o tyle, że wymioty nie pojawiały się, a kilka było stolców ze znaczném parciem. Ilość moczu zmniejszona, lecz dokładnie oznaczyć jéj nie można, gdyż oddany został wraz ze stolcem, barwa prawidłowa. Dnia 15go grudnia stan ogólny choréj znacznie lepszy. Bóle w okolicy żołądka nie pojawiają się ani też kurcze w odnogach, również ustały wymioty a chora popija mleko chętnie. Ból głowy trwa ciągle jeszcze, a stolce wodniste, brunatne nie zawierają krwi. Około południa dnia tego doznaje chora morzyska i parcia na mocz z bólem w cewce moczowéj; mocz oddany w tym czasie jest czarny jak atrament, mętny, nie przepuszcza wcale światła, c. g. 1·014, oddziaływa kwaśno i zawiera znaczną ilość białka. Badanie osadu mikroskopowe nie wykazuje w nim ciałek czerwonych tylko bryłki bezpostaciowe brunatne. Mocz ten badany spektralnie daje charakterystyczne widmo gałczenia tlennego. Tak więc do obrazu chorobowego dołączyła się hemoglobinuryja, a choréj podawano małe dawki opium, aby złagodzić bóle. Dnia 16 grudnia spostrzeżono zrana lekką żółtaczkę, chora spała całą noc spokojnie, a przebudziwszy się oddała mocz zupełnie taki sam jak dnia poprzedniego, przypady ze strony przewodu pokarmowego ustępują, przy tém brak gorączki, tętno małe 120. Przytomność zawsze utrzymuje się mimo chęci do snu. Bólów doznaje jedynie śród oddawania moczu. Następną noc przespała chora nader niespokojnie, zrana czuje się znaczniéj osłabioną i wzbrania się przyjąć pokarmu, skarży się na dotkliwe bóle w lędźwiach, będąc przy tém senną. Brzuch nie jest wzdęty lecz za uciskiem wszędzie bolesny, język mocno obłożony, wymioty ani stolce nie pojawiają się, występuje gorączka a tętno małe 120. Żółtaczka wybitna; mocz taki sam jak z dni poprzednich. W dziedzinie zmysłowéj i umysłowéj nie spostrzega się zboczeń, jednak chora robi wrażenie osoby mocno schorzałéj. Pod wieczór osłabienie wzmaga się, występują objawy porażenia ogólnego, czucie jednak wszędzie utrzymane, gorączka wzmaga się, tętno 120, oddechy płytkie 34 w minucie. Podano lewatywę z środkiem podniecającym, ta jednak wkrótce odeszła wraz z masami napół stałemi czarniawemi. Od wieczora chora już nic nie połyka, źrenice zwężone nie oddziaływają na światło, mocz odchodzi bezwiednie. Leczenie polega na podawaniu lewatyw podniecających i odżywiających, pomimo tego występuje zapad, który postępuje i kończy się śmiercią zrana dnia 18 grudnia. Sekcyję wykonano w 24 godzin i napotkano stężenie trupie bardzo wybitne, żółtaczkę rozległą lecz brak wybroczyn pod błonami śluzowemi. Opony mózgowe również żółtawo zabarwione, pod oponą miękką znaczniejsza ilość cieczy surowiczéj, przekrwienia opon ani mózgu się nie spostrzega, w komórkach bocznych ilość cieczy surowiczéj nie jest zwiększoną. Zabarwienie żółte tkanin uderza po otwarciu klatki piersiowéj i jamy brzusznéj. W całém ciele nie ma kropli krwi płynnéj, wszędzie w naczyniach tylko skrzepy zbite ciemno-czerwone z odcieniem barwy czekoladowéj. Serce rozmiarów prawidłowych, komórki zawierają skrzepy bardzo ciemno zabarwione, zastawki bez zmian, mięsień sercowy przedstawia pod mikroskopem obraz zwyrodnienia tłuszczowego. Płuca poprzyczepiane, zabarwione brunatno-żółtawo zalewają się cieczą surowiczą żółtą. W żołądku nieco treści pokarmowéj płynnéj białawéj, błona śluzowa miernie nastrzykana nie przedstawia nigdzie wybroczyn ani owrzodzeń, które znaleziono w dolnéj części gardziela tuż po nad wpustem, powyżéj zaś błony wrzekome zielonkowate. Dwunastnica próżna, błona śluzowa obficie żółcią zabarwiona, przewody żółciowe drożne, dalsze części przewodu pokarmowego nie przedstawiają wcale zmian zapalnych, lecz zawierają kał na pół płynny zielonkowaty, takie same lecz zbitsze masy kałowe zielone znajdują się w jelicie biodrowém, lecz nie dają oddziaływania właściwego z amonijakiem. W tém też miejscu znajduje się podłużne owrzodzenie w błonie śluzowéj, pokryte strupami, drobniejsze owrzodzenia tego samego wejrzenia są tu i owdzie rozrzucone bez względu na kępki Peyera. Jelito grube zawiera zbite masy kałowe ciemne, po usunięciu których widać liczne i rozległe utraty istoty błony śluzowéj. Wątroba prawidłowych rozmiarów przedstawia obraz zmiany tłuszczowéj miernego stopnia, badanie mikroskopowe wykazało w komórkach wątrobowych tłuszcz w dużych kroplach. Pęcherzyk żółciowy wypełniony gęstą, ciemną żółcią, zawiera mały kamyk żółciowy. Badanie chemiczne wykazało miedź w żółci. Nerki nieco powiększone, torebka przylega, powierzchnia jakby nakropiona plamkami brunatno-czerwonemi i zielonkowatemi ma wejrzenie umiarkowane. Na przekroju miąższ brunatno czerwony, kora nieco odmiennie zabarwiona od piramid. Istota korowa ma wejrzenie jednostajne. Błona śluzowa miedniczek nieco zielonawa, pokryta małą ilością śluzu, gdzieniegdzie widać w niéj drobne owrzodzenia. Badanie drobnowidowe wykazało, że cewki nerkowe są wypełnione masą ziarnistą, czerwoną podobną do téj, jaką znaleziono w osadzie moczu. Komórki przybłonka cewek wejrzenia jednostajnego. Kłębki Malpighiego uciśnięte, pomiędzy kłębkami a ich torebką istnieje wolna przestrzeń. Moczowody prawidłowe. Pęcherz moczowy zawiera nieco moczu czarnego, jego błona śluzowa jednostajnie czerwona. W macicy dwa włókniaki śródścienne. (Dok. n.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 czerwca. Przed samém zamknięciem Numeru dowiadujemy się z *„Gazety Krakowskiéj,“* „że Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć we Wrześniu rb. w Poznaniu, odłożony został na dzień 2 czerwca 1884 r., a to w skutek życzenia lekarzy i przyrodników polskich z Warszawy i Krakowa, tudzież instytucyj lekarskich polskich, żądających odroczenia tego terminu z powodu jubileuszu Sobieskiego i innych tegorocznych w tym czasie przypadających uroczystości.“ Podając tę wiadomość, którą uważamy za wiarogodną, musimy jednak wyrazić zadziwienie, że sami do téj chwili nie otrzymaliśmy odnośnego zawiadomienia od Wydziału gospodarczego.

* **Kraków** d. 14 czerwca. Na posiedzeniu w dniu 8 bm. odbytém Wydział lekarski uchwalił przedstawić Ministerstwu do zatwierdzenia nominacyję Dra Feliksa Marcisiewicza na asystenta kliniki okulistycznéj na lat 2.

* W Lubaczowicach do d. 4 czerwca było gości kąpielowych 159, w Cieplicach czeskich do d. 6 czerwca 2187, w Giesshüblu do d. 2 bm. było gości 20.

* **Wiedeń**. Rektorem na rok przyszły ma być wybrany prof. Stellwag a dziekanem Wydziału lek. prof. Ludwig.

* **Berlin**. Z 40 medali złotych ofiarowanych przez Cesarzową Augustę dla Wystawy higijenicznéj kilka zaledwie przyznano Austro-Węgrom, a mianowicie otrzymali je: wiedeńskie ochotnicze towarzystwo pomocy, zakon niemiecki, stowarzyszenie krzyża czerwonego w Węgrzech i prof. Fodor w Budapeszcie. Dwa medale jeszcze są do rozdania, a z nich jeden otrzyma podobno sama Cesarzowa Augusta.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Praga**. Dr. Spina, asystent prof. Strickera w Wiedniu, mianowany został zwyczajnym profesorem patologii ogólnéj i doświadczalnéj w Uniw. czeskim.

* **Nekrologija**. W Nancy umarł prof. chirurgii Michel (dawniéj w Strasburgu); w Anglii Dr. Druitt, autor podręcznika chirurgicznego; w Ameryce północnéj b. jeneralny lekarz wojskowy Barnes.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Mikulicza: Przyczynki do plastycznéj chirurgii nosa; Rejchmana: Niestrawność nerwowa (dok.). — W *Medycynie* Nr. 23: Stolla: Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. WALDHART: Wegweiser zum Mineralbade Roncegno. Insbruck 1880 in 8vo str. 90, z 3 tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 20 czerwca o godzinie **szóstéj** wieczór w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém, obok przedmiotów niezałatwionych na ostatniém posiedzeniu, kol. Pieniążek mówić będzie: O rzadkiéj operacyi krtani przez siebie wykonanéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prot. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. J. DANIELSKI

b. lekarz prakt. szpitala krakowskiego
ordynuje od d. 3 Czerwca do końca sezonu kąpielowego
W ŻEGIESTOWIE.

Niniejszém ogłaszamy konkurs w celu obsadzenia posady lekarza kolejowego w Nowym Sączu. O bliższych warunkach z obsadzeniem téj posady połączonych dowiedzieć się można w zarządzie ruchu kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj w Tarnowie i u naczelnika stacyi w N. Sączu. Płaca roczna wynosi 450 złr. Termin objęcia téj posady przypada na dzień 1 października 1883. Jest atoli możebném, że i przed tym terminem zajdzie potrzeba obsadzenia téj posady, dla tego téż współubiegający się, którzy każdéj chwili posadę objąć będą gotowi, pierwszeństwo mieć mogą. Dotyczące podania należy wnosić nieostęplowane do Zarządu ruchu kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj w Tarnowie, najdaléj do końca Czerwca 1883.

Tarnów 1 Maja 1883.

Zarząd ruchu.

Dr. DWORSKI

ordynuje jak zwykle od 1 Czerwca
W SZCZAWNICY.

Dr. Adam Świrski

lekarz Zakładu zdrojowo-kąpielowego
w Iwoniczu
ordynuje w czasie sezonu jak w latach poprzednich.
Mieszkanie „STARY PAŁAC.“

TRUSKAWIEC

Otwarcie sezonu d 1 czerwca 1883.

Zakład ten położony o 8 kilometrów od najbliższéj stacyi kolei dniestrzańskiéj „Drohobycz-Truskawiec.“

Posiada 15% **solankę** i silne **siarczane wody** do kąpiel; słonogorzkie rozwalniające i moczopędne zdroje do picia, borowinę żelazistą i szlam słono-siarkowy do kąpiel; aptekę, urząd pocztowy i telegraficzny.

Nowo zbudowane łazienki o 60 gabinetach, urządzone są z wszelką wytwornością, jak również nowo urządzona **wziewalnia** pary słonéj i wyciągu igliwija; leczenie elektryczne.

Nowe i wygodnie urządzone pomieszkania z usługą, kilka restauracyj i cukiernia, **nowy bilard, fortepian i kręgielnia**, dobra kapela i wiele nowo urządzonych ulepszeń.

Lekarz zdrojowy Dr. **Zygmunt Rieger**, radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania i powozy do stacyi kolejowéj **„Drohobycz“** lub **„Drohobycz-Truskawiec“** przyjmuje przy dołączeniu zadatku

Zarząd zdrojowy.

Chorzy posiadający świadectwo ubóstwa, potwierdzone przez c. k. Starostwo, korzystać będą mogli z uwolnienia od opłaty taksy i tańszych kąpieli, tylko w porze od 1 do końca czerwca i od 15 sierpnia do 15 września.

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** przez cały sezon kuracyjny
Kreuzgasse. Insel Rügen.

Dr. ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kselce)

przyjmuje chorych na mieszkanie z zupełném zaopatrzeniem jakotéż tylko dochodzących dla leczenia się, które się odbywa rano od 6 do 8méj i popołudniu od 4 do 6téj godziny pod nadzorem lekarza Zakładu.

Dr. Stanisław Bulikowski

ordynuje przez sezon letni
w GLEICHENBERGU.
Mieszka w *Carolinen Hof* za budynkiem teatralnym.

ZDRÓJ LUDWIKA w CZIGELCE.

Szczawa alkaliczno-solna, jod zawierająca.

Zajmująca najpierwsze miejsce co do ***największéj*** ilości węglanu sodowego pośród wszystkich dotąd znanych zdrojów mineralnych ***całego świata*** wyszczególniająca się wielką ilością żelaza i nader obfita w kwas węglowy. Wodzie téj co do przymiotów ***nie dorównywa żadna z alkaliczno-solnych szczaw*** a woda ta ze ***wszystkich wód mineralnych jod zawierających jest najprzyjemniejszą do picia i najłatwiéj bywa znoszoną.***

Szczególnie skuteczną okazała się dotychczas w ***cierpieniach żołądka, kiszek, pęcherza, płuc, w gruźlicy, w przewłocznym wrzodzie żołądka, w wolu*** i we wszystkich postaciach ***zołzów,*** jak również w następstwach ***kiły.***

Napełnianie i rozsełka odbywa się przez Zarząd zdrojowy zdroju **Czigelka** (poczta Bardyjów) w Górnych Węgrzech. Broszury o zdroju gratis.

Skład rozsyłkowy u A. Muszyńskiego w Grybowie.

MATTONIEGO
GIESSHÜBLER

najobficiej
alkaliczna woda mineralna
SZCZAWIOWA
napój orzeźwiający stołowy,
skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pęcherza.

PASTYLKI pektoralne i do trawienia.

Henryk Mattoni, Karlsbad (Czechy).

Aby **Etykieta i wycisk korkowy** były jak obocznie wskazano ☞ **należy uwagę zwracać.**

MATTONI'S GIESSHÜBLER

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.